

TEMA 1: CONCEPTO DE DROGA, DROGODEPENDENCIA

Características de las drogas que las diferencian de otros fenómenos:

La sociedad actual es muy ambivalente en cuanto a las drogas. Penaliza determinadas drogas y es más permisiva con otras. Además se toman drogas para todo x.ej. Benzodiacepinas, Prozac para la depresión, otras para estudiar, adelgazar, aliviar el dolor... La sociedad está tomando sustancias para diferentes estados de ánimo y esas sustancias son drogas. A veces hacemos un uso legal en cuanto a algunas y un uso ilegal en cuanto a otras. La justificación es: Como x sustancia me la ha recetado el médico, yo no estoy tomando drogas.

Los fenómenos de tolerancia y dependencia no son por sí mismos requisitos únicos para explicar una adicción. Hay personas que nunca desarrollan una dependencia. Esto no se da tanto es sustancias como heroína, cocaína... pero podríamos encontrar algún caso. No se sabe el porqué de que algunas personas no desarrollen dependencia. La probabilidad de que alguien que consume una sustancia empiece a consumir otra es elevada. Muchas personas, al volver de la guerra de Vietnam, tuvieron que ponerse en tratamiento para superar su adicción a la heroína.

El valor reforzador de la heroína en un chaval de 15 años es fundamental, en uno de 20 ó 30 con una vida más o menos estable no lo es tanto.

Factor económico: En los negocios unas veces se gana y otras se pierde. En el tema drogas nunca se pierde. Produce muchos beneficios y se rige por el tema de la oferta y la demanda. Los productos que están en el mercado están pensados para un colectivo. Las drogas también. La elección de la sustancia no es algo personal, uno no lo decide.

Política: ¿Qué tipo de países producen drogas? Los países del tercer mundo producen heroína, cocaína, hachís... las drogas de síntesis son producidas por Europa. Los intereses de los países son los que deciden que hacer con las drogas. Y no por criterios de peligrosidad, dependencia... sino más bien por criterios de fuerza política.

Nosotros como país hemos seguido mucho el modelo americano, aunque luego nos hemos desmarcado con la metadona. Hemos usado incluso la terminología americana:

Drug: Lo usan para fármaco y para droga

Drug Use : Usar drogas (legales) Nosotros lo llamamos Fármaco

Drug Abuse (o Misuse): Mal uso de las drogas, dosis inadecuadas Nosotros lo llamamos Drogas.

¿Cómo llamamos a la Metadona?

- Si se vende en el mercado negro: Droga.
- Si se vende recetada: Fármaco.

Drogas según la O.M.S. : Cualquier sustancia que tiene un principio activo que afecta a nivel psicológico (es decir, que tiene un principio psicoactivo) y afecta a la conducta, a la cognición... es decir, afecta a nivel conductual, cognitivo y de salud.

Son sustancias con capacidad de alterar el comportamiento del sujeto porque tienen principios activos.

- Los anabolizantes se producen, distribuyen... de forma ilegal, pero no son drogas. Son fármacos usados de forma ilegal. No afectan a la psique.
- Si que están en la clasificación el alcohol y el tabaco, porque tienen principios psicoactivos. Los solventes volátiles también (pinturas, pegamentos...)

Las drogas actúan directamente sobre el S.N.C. La interacción con el S.N.C. es lo que hace que el usuario desee volver a consumir. Cuando no consumes una droga liberas unas determinadas sustancias que dejas de liberar cuando la tomas. Por eso cuando el usuario rompe el equilibrio debe recuperarlo mediante el consumo.

Hay otros tipos de dependencia, por ejemplo, la dependencia al juego es una conducta muy similar. El sujeto no puede, aunque lo racionalice, dejar de llevar a cabo esa conducta. La diferencia es la interacción con el S.N.C. por medio de una sustancia química.

METADONA: Al principio se decía... es una droga, subvencionamos a los yonquis... Cuando empezó el VIH ya se empezó a decir: Hay que dar metadona para protegerme a mí, a mi familia... En el momento en que hacemos una política así los tratamientos de metadona se disparan.

Ahora se investiga a nivel biológico, en las interacciones SUSTANCIA-S.N.C. ¿Cómo lograr que el individuo recaiga menos aumentando la metadona? ¿Cómo superar el síndrome de abstinencia? En esto no da igual la sustancia que se estuviera consumiendo, ni la cantidad, ni la vía de administración...

TEMA 2: EL CONTINUUM DEL USO AL ABUSO DE DROGAS

La DEPENDENCIA es un fenómeno importante. Se habla de dependencia cuando se dan una serie de fenómenos o situaciones de tipo fisiológico, conductual o cognitivo en los cuales el consumo de la sustancia tenga máxima prioridad. Cuando se estudia en laboratorio, el animal muere porque no deja de elegir esa sustancia. En seres humanos es lo mismo. Cuando hablamos de dependencia hay una pérdida de libertad. La dependencia depende de cosas como el tipo de sustancia, vía de administración y la cantidad de integración de la sustancia en la vida de la persona. Por tanto, el niño de trece años que está construyendo su futuro y empieza a consumir rompe sus prioridades, deja el futuro a un lado y da prioridad a consumir.

Las mujeres tenemos tendencia a quejarnos a nivel somático verbal. Nos quejamos diciendo que nos duelen los riñones, los huesos... cuando realmente estamos hasta las narices del comportamiento de fregar, hacer la comida... Vamos a contárselo al médico que nos da algo, normalmente Benzodiacepinas. Las mujeres tomamos más benzodiacepinas que los hombres. La mujer suele responder a la cuestión ¿Cómo se encuentra? Con un regular, mal... pero no dice que se encuentra bien. Sea mayor, joven, drogodependiente o no. Un médico le receta un antidepresivo directamente. Cuando se mira bien la situación de la mujer se descubre que estas quejas vienen de un problema social afectivo relacional. Cuando se indaga se descubre que no es un problema endógeno y se usa un criterio biológico cuando debe usarse uno sociológico.

¿Qué pasa cuando hay una dependencia? La dependencia está descrita en dos guías clínicas: El CIE 10 y el DSM IV. La característica esencial de la dependencia es la compulsión del deseo.

En cuanto a la TOLERANCIA, disminuye el efecto de la misma cantidad de sustancia sobre el cuerpo. Ha habido una adaptación.

- Tolerancia inicial: No todos tenemos la misma. Por ejemplo, una persona puede consumir una pastilla y caer en coma. Esto es porque tiene el umbral de tolerancia inicial más bajo. Se trata de la sensibilidad inicial a una sustancia que no habíamos consumido antes. Depende de la edad, constitución genética...

- Tolerancia adquirida: La persona va ajustando la dosis. Debe aumentar porque el efecto cada vez es menor. El adicto consume ya para evitar los efectos de la privación. El sujeto necesita progresar en sus dosis para obtener los mismos efectos que obtenía.
- Tolerancia cruzada: Cuando consumimos una sustancia, por ejemplo barbitúricos, y otra, como alcohol, desarrollamos una tolerancia a la sustancia que ingerimos, pero también a la otra. Esto pasa con heroína-morfina; LSD-mescal; heroína-barbitúricos; alcohol-barbitúricos... Cuando las dos sustancias se toman juntas se dobla el efecto.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: Conjunto de síntomas físicos, psíquicos y conductuales (ej. Ir a abrir el bolso para sacar el tabaco aunque hayas dejado de fumar). La persona que deja las drogas debe desligar toda su vida de ellas. Después de quince con toda una vida en torno a ello no podemos decirle: toma metadona y apáñate. Al heroinómano le debes enseñar las diferencias entre día y noche; comer y dormir... Antes solo hacía una cosa: buscar y ponerse.

Los **SÍNTOMAS** suelen ser iguales en todos los dependientes. Las expectativas que uno tiene: el miedo, el terror a tener el síndrome de abstinencia.

TIPOLOGÍAS DE USUARIOS:

- Experimentadores: Consumen una o dos veces. Lo prueban por la presión del grupo, las malas informaciones...pero no tienen interés en involucrarse y de hecho no siguen adelante.
 - ◆ Continuum: Ligar lugares, va ampliando los márgenes del consumidor. Ver una farmacia para nosotros no significa nada, pero para un heroinómano sí significa algo, que allí venden jeringas.
 - ◆ A medida que consumimos la sustancia tiene interferencia con los retrotransmisores (hace que nosotros estemos preparados para asimilar otras sustancias).
 - ◆ Cannabis, Marihuana, Nicotina... se almacenan en los tejidos grasos del cerebro y cuesta mucho que desaparezca.
- Consumidor compulsivo: Toda su vida gira en torno a la droga.
- Consumidor ocasional: No tiene intención de involucrarse, pero las ocasiones son de cada vez más cortas (mi cumpleaños, Nochevieja, Nochebuena, la fiesta de mi hermano...). Hace un esfuerzo por no involucrarse, pero al final cae.

CONTINUUM

Experimentadores Ocasional Compulsivo

FRECUENCIA:

- Diario, semanal, mensual, anual...
- La frecuencia va ligada a la cantidad.
- Frecuencia + Cantidad = Tipología.

TEMA 3: CLASIFICACIONES MÁS IMPORTANTES

CLASIFICACIÓN DE DROGAS:

Según si son naturales o sintéticas:

- Sustancias naturales: Como por ejemplo la morfina porque se obtiene directamente de la opiácea.
- Sustancias semisintéticas: Producidas a partir de una sustancia natural, por ejemplo heroína.
- Sustancias sintéticas: Se ha intentado imitar una sustancia de forma química. Se ahorra pero es mucho más peligrosa. La potencia se dobla o se triplica. Circulan cosas que no sabemos lo que son y por eso a veces se producen muertes inexplicables.

Según acción: Una sustancia puede producir un síndrome de abstinencia como el delirium tremens (alcohol) que produce determinadas consecuencias (ver bichos, o cosas raras) pero no sabemos qué.

- Acción metabólica.
- Acción bioquímica.

Según consecuencias sobre la conducta:

- Conducta de desorientación.
- Comportamiento agresivo
- Etc.

Depende de la edad, tiempo que lleva consumiendo

Los bebedores en compañía experimentan sentimientos de euforia, sin embargo cuando están solos, experimentan depresión, vómitos...

Sociológica:

- Drogas blandas
- Drogas duras

Esto es mentira. Depende de la frecuencia, edad, intensidad y muchos otros factores.

Esto genera unas expectativas sobre que no produce unos efectos que sí produce.

No nos importa que la gente consuma alcohol, pero no nos gusta que nos importunen. El alcohol es una sustancia que produce consecuencias psicológicas, de salud, económicas...

Clasificación según la OMS: Hace la clasificación según la peligrosidad. Establece la peligrosidad según la rapidez de la dependencia física y la toxicidad, independientemente de las porquerías que lleve.

- Opio y derivados:
 - Morfina
 - Codeína
 - Metadona
 - Heroína
- Barbitúricos y Alcohol
- Estimulantes:
 - Cocaína
 - Anfetaminas

- Drogas de síntesis (MDA, MDMA)
- Éxtasis

4. LSD

Cannabis y derivados: Hachís; marihuana.

Nos quedaremos con esta clasificación, teniendo en cuenta diferentes factores sociales.

- Es importante saber que el cannabis y derivados tienen efectos estimulantes y alucinógenos.
- Hay drogas puramente sintéticas. No salen de una sustancia madre natural. Se las inventan y no saben los efectos hasta que mueren tres personas, x ej. y dicen hay que rebajar. Las cobayas son los consumidores que compran en la calle, en las discotecas...
- Inicialmente el mercado era legal y sustancias como el cannabis o las anfetanas tenían fines terapéuticos, pero luego se desligaron al mercado ilegal.
- A medida que extraemos principios activos, aunque luego lo rebajemos, la potencia es diez, quince, veinte veces mayor.
- Estas sustancias son muy atractivas. Las drogas de diseño no huelen, no abultan, puede parecer una simple aspirina. Las drogas de síntesis tuvieron ese éxito porque respondían a un público mayoritario.
- La imagen benigna la tenía el éxtasis en los 70' porque tenía una finalidad terapéutica. En algunos países surgió ligado a terapias psicoanalíticas para ayudar a crear una empatía con el psicólogo. Luego estas drogas se rehabilitaron y se ligaron a las fiestas rave (macrofiestas, bacalao). Estas pastillas se distribuyen de una manera importante. El hecho de que se descubriera que las pastillas llevaban todo tipo de porquerías (incluso heroína), que moría gente, hizo que apareciera la cocaína como una droga más segura. En la coca como mínimo sabes lo que hay. El consumo se dispara muchas veces porque el usuario lo atribuye a benignidad.
- Muchas veces cuando nos enteramos de la peligrosidad de una sustancia ya han muerto unos cuantos. Una de las cosas que provocan que esto pase es que las sustancias se prohíben una a una pero no por familias, aunque tengan efectos parecidos. Las sustancias deberían regularse en función de grupos, pero no independientes unas de otras.
- Se han regulado algunos precursores (sustancias para liberar el principio activo). Por ejemplo el Éter. Se ha prohibido la compra masiva de esos productos, es una gran idea porque controlando precursores controlas el mercado de la producción.

FINES TERAPEÚTICOS:

- Hiperactividad: Se les da un estimulante: Ritalin
- Enfermos de SIDA: Se les da algo para estimular el apetito. Son derivados del Cannabis.
- Enfermos de SIDA y Cáncer, Radioterapia: Se les da un antiemético derivado del cannabis: Marinol.
- Muchas drogas se utilizaban como anestésicos, sobretodo en veterinaria, pero ya se han retirado del mercado.
- Pacientes premórbidos (probabilidad de una esquizofrenia) hay una mala interacción con el cannabis, tienen más probabilidades de desarrollar la esquizofrenia si consumen esta sustancia.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN Y VIDA:

- Por orden de rapidez: inyectada, fumada, esnifada y oral.
- Cuanto más rápida es la vía; más dependencia.
- Cuando alguien cambia de vía quiere decir que ha mejorado en su dependencia, siempre que sea a una vía más lenta.
- El toxicómano busca vías y sustancias que le den un efecto rápido.

- Las sustancias de tipo depresor como barbitúricos, benzodiacepinas o valium tienen una vida corta, por eso las buscan.
- El médico suele dar sustancias de vida larga. A veces a mujeres se les recetan sustancias de vida corta y crean más dependencia porque si tienen una vida larga si se puede ir reduciendo, pero cuando es de vida corta hay síndrome de abstinencia.
- Cuanta menos duración, más capacidad adictiva.
- La nicotina se acumula. El fumador recibe el influjo de la nicotina por la noche y al levantarse, como ha disminuido el nivel de nicotina, necesita fumar.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS:

- ANALGÉSICOS
- DEPRESORES DEL SNC
- ESTIMULANTES
- ALUCINÓGENOS
- CANNABIS
- DISOLVENTES Y SUSTANCIAS VOLÁTILES
- ESTEROIDES

1. ANALGÉSICOS: Inducen al sueño y eliminan el dolor. Están en todas las vías: oral, fumada, esnifada... Una fórmula para seguir vendiendo es introducir estas sustancias al usuario por medio de drogas de síntesis. Les parece más benigno y una vez que están enganchados ya está.

- OPIACEOS: Tanto las sustancias naturales y los principios activos como los derivados.

–Opio

–Morfina

–Codeína

–Heroína

- OPIOIDES: Son puramente sintéticos.

–Petidina o Meperidina: cincuenta veces más potente que la heroína.

–Metadona: Se usa mucho en tratamientos de adicción a la heroína y ahora también en tratamientos de adicción al alcohol. Se usa como agonista.

–Pentazocina

–Fentanilo.

–Dihidrocodeína.

–Bupremorfina: Efectos agonistas–antagonistas.

–Dextropropoxifeno.

*Vamos a explicar el concepto de agonista y antagonista que ha salido anteriormente:

- **Agonista:** Se trata de sustituir la sustancia por otra cosa. Por ejemplo, la metadona anula el síndrome de abstinencia, y también se puede utilizar como terapia para luego ir reduciendo (desintoxicación). Metadona = LAAM (Levo-Alpha- Acetyl- Meted). Es muy cara.
- **Antagonista:** Sustancias antagonistas son las que se administran en caso de sobredosis porque anulan los efectos de la sustancia anteriormente consumida. Se administra cuando hay un cruce de cables. Una sustancia de este tipo es la Naltrexona. Esta sustancia se da a veces a presos en tercer grado o gente en Comunidades terapéuticas. Lo hacen porque si uno sale un fin de semana y se encuentra con un amigo y consume, no le hará efecto, ya que la Naltrexona elimina el efecto de la droga que acaba de consumir.

2. **DEPRESORES DEL S.N.C.** Hay que recordar que tienen tolerancia cruzada con otras sustancias. Los médicos suelen dar sustancias benzodiacepínicas y deben buscar las de vida larga, como hemos explicado anteriormente. Los hipnóticos, ansiolíticos, sedantes... se suelen usar para tranquilizar, problemas de sueño, estrés... Están en la farmacia, pero también se pueden encontrar en el mercado negro.

- **BARBITÚRICOS**
- **BENZODIACEPINAS:** Las benzodiacepinas se recetan para todo. Un ejemplo es el Prozac.
- **ALCOHOL:** Por fermentación de frutas se puede obtener hasta un 16% de Etanol. En las Comunidades terapéuticas está prohibido el alcohol de botiquín y los perfumes por la posibilidad de que se lo beban. Para conseguir más de un 16% se tiene que usar la destilación (Vodka, hierbas...).

Efectos de los barbitúricos y benzodiacepinas:

- ◆ Alta dosis: Función hipnótica
- ◆ Dosis moderada: Ansiolítico
- ◆ Pequeña dosis: sedante

Efectos del alcohol:

- En nivel de tolerancia de etanol en las mujeres es inferior al de los hombres. Las mujeres metabolizamos el alcohol mucho peor. Las mujeres jóvenes llegan en fin de semana a niveles parecidos a los de los hombres. La cirrosis alcohólica se produce antes en las mujeres que en los hombres. El alcohol consumido por una mujer embarazada produce muchos problemas en el feto. Los anticonceptivos interactúan mal con el alcohol, igual que el tabaco. Pueden producir cáncer de útero, problemas cardiovasculares...

3. **ESTIMULANTES:** Activan el S.N.C. Tienen relación con la violencia doméstica. La caída en picado de una adicción a los estimulantes es muy difícil de remontar. No hay medicación específica para remontar. El consumo de estas sustancias está ligado a las relaciones sexuales espontáneas sin precaución. Tienen mucha aceptación porque son para un público que incluso puede trabajar y quieren aparentar. También están ligados a los jóvenes que los usan por la fuerza que les da. El consumidor de estimulantes se siente bien, despierto. Los jóvenes pueden estar mucho tiempo sin dormir. La sustancia está un poco a la baja, pero aún tiene un público joven, la música disco (house)...en los 90' estaba muy de moda, ahora ha bajado.

1. **COCAÍNA:** Silencio clínico muy largo: la persona puede estar consumiéndola durante mucho tiempo hasta que los demás notan algo (5 años aproximadamente). Eso la hace muy difícil de tratar ya que la persona puede llevar mucho tiempo consumiendo. Se usa de diversas formas: inyectada o esnifada, en forma de Speed ball...La forma de speed ball consiste en consumir cocaína y heroína juntas, ya se vende de esta forma. Se ha puesto de moda en determinados sustratos calentar la coca e inhalar los vapores. Con la cocaína también se hace té, pero no ha tenido mucho éxito porque al campesino no le puedes ofrecer el dinero que gana cultivando coca, para hacer té.

2. ANFETAMINAS

- Sulfato de anfetamina (Speed)
- Sulfato de dexanfetamina
- Metil anfetamina o metanfetamina

3. OTROS ESTIMULANTES

- Efedrina
- Metilfenidato
- Pemolina
- Anorexígenos: Temas de adelgazamiento

4. METILEDIOXIMETANFETAMINA (MDMA O EXTASIS): Los efectos estimulantes son menores que en las anfetaminas.

5. METILENDIOXIANFETAMINA (MDA)

6. NICOTINA

7. CAFEÍNA Y OTRAS XANTINAS

4.ALUCINÓGENOS: El más conocido es el LSD y los demás son parecidos. Su efecto es la distorsión de la percepción real, distorsionan lo que ven. Son muy antiguas, ya que todas son sustancias que provienen de la naturaleza en diferentes formatos. En dosis muy pequeñas producen mucho efecto, producen flash-backs. Los toxicómanos les han tenido mucho miedo.

- LSD
- SETAS ALUCINÓGENAS: La más importante es la Psilocybe.
- Mescalina: Principio activo de Peyote.
- MORNING GLORY: Semilla. Su principio activo es el Ololimuqui.
- NUEZ MOSCADA: Principio activo: Miristilina.
- AMANITA MUSCÁRIA: Seta alucinógena.
- DATURA ESTRAMINUM: Planta.
- DIMETOXI METANFETAMINA (Dom): Tiene efectos alucinógenos y estimulantes.
- DIMETIL TRIPTAMINA (Dmt): Alucinógenos de duración corta. Utilizado en Tahití para las ceremonias.
- FENICILLIDINA (PCP): Polvo de ángel. Se utiliza como anestésico en veterinaria. Droga que se consume mucho en EEUU. Es muy peligrosa porque es barata y muy rápida. Se fabrica de forma ilegal. Provoca una gran distorsión de la percepción. A veces la venden como Mescalina.
- CLORHIDRATO DE KETAMINA: Anestésico de corta duración.

Estas drogas son muy peligrosas porque frecuentemente el consumidor no sabe que dosis tomar.

5.CANNABIS:

- MARIHUANA
- HASCHÍS

- ACEITE DE HASCHÍS

Cocinada: Tarda dos horas en hacer efecto y dura doce horas.

Para reducir el daño:

- No respirar muy profundo
- No mantener el humo mucho tiempo
- No mezclar con tabaco
- No utilizar filtro de tabaco sino cartón
- No fumar directamente como un cigarrillo
- No fumar con cachimbas ni instrumentos de plástico, cristal, acero o grass.
- No poner mucho papel

Problemas:

- En personalidades premórbidas conviene no consumirla porque puede hacer que se desarrolle una esquizofrenia.
- Se puede detectar en la orina hasta al cabo de seis meses porque se almacena en sustancias grasas.
- A veces se fuma delante de los niños.

Los consumidores la suelen consumir de forma intermitente y experimental, casi nunca de forma continua.

El principio activo más importante es el Tetrahidrocannabinol (T.H.C.)

La Sin semilla es la que tiene más principio activo y por tanto más efectos. Se logra evitando que la planta hembra se polinice.

Haschís: Extraer los cannabinoides de la resina de la planta.

Aceite de Haschís: Consiste en extraer el aceite de la planta. Tiene muchísimo T.H.C. Se consume poniendo una tirita de aceite de haschís sobre un cigarrillo normal (Se mezcla con éter).

6.DISOLVENTES Y SUSTANCIAS VOLÁTILES: Estas sustancias son poco conocidas en nuestro país. Tienen en común su forma de administración. Se pone la sustancia en una bolsa y se aspira. A veces se producen muertes y son, no tanto por la propia droga como por asfixia. Son las drogas de la miseria, valen muy poco dinero. Se disimulan muy bien porque están en muchos productos (pegamento, lacas...)

- HIDROCARBUROS
- ACETONAS
- ETERES
- TOLUENO
- NITRITO DE ALQUILO: De las más usadas.
- ETC.

Podemos destacar el Nitrito de Amilo, Gutilo e Isosutila. Son las tres más conocidas en nuestro entorno. Son sustancias conocidas como Popper. Están ligadas a las relaciones sexuales porque abren los vasos sanguíneos y así consiguen aumentar el orgasmo. Se usa médicamente para combatir el paro cardíaco. Se usaba mucho en ambientes de tipo gay. También se puede usar como antídoto en situaciones de envenenamiento por Cianuro.

7.ESTEROIDES/ ESTEROIDES ANABÓLICOS: Se pretende aumentar la virilidad. Siempre han sido usados de forma ilegal por levantadores de pesas, pero ahora se está generalizando. Que la tome un crío de trece,

catorce años puede ser muy problemático. En edad de crecimiento los esteroides son una bomba, hay que trabajar mucho en prevención. Los efectos que produce son bastante desconocidos pero se conocen casos de muertes por tomar estas sustancias.

TEMA 5: ASPECTOS JURÍDICOS DE LAS DROGODEPENDENCIAS

En primer lugar debemos decir que es muy importante el artículo 368. Sobre todo en cuanto al tratamiento legal del MDA y MDMA.

LEGISLACIÓN EN CUANTO A DROGAS

CÓDIGO PENAL VIGENTE CONVENIOS INTERNACIONALES

(LO 10/95) RATIFICADOS POR ESPAÑA

– Convenio único sobre estupefacientes

de las Naciones Unidas (30/09/1965).

Ratificado por España el 30/09/1966.

Engloba como anexos cuatro listados

de sustancias.

– Convenio de Viena de 21/02/1971

sobre sustancias psicotrópicas (ratifi–

cado por España el 2/02/1973. Entró

en vigor en 1976. Incluye dos anexos

con los listados de sustancias.

¿SE PUEDE SUSTITUIR PRISIÓN EN CASOS DE ADICCIÓN?

Se puede aplicar la eximente de que se ha obrado bajo la intoxicación y como atenuante, que se ha obrado bajo una adicción crónica (Síndrome de abstinencia).

El problema es que la pena solo se puede sustituir cuando sea inferior

a tres años y cuando además no se trate de más de tres delitos de un

mismo capítulo en menos de cinco años. En el caso de cualquier

drogodependiente esto es casi imposible porque suelen cometer

muchos delitos del mismo capítulo en muy poco tiempo.

EL CÓDIGO PENAL ACTUAL INCLUYE SUPUESTOS AGRAVATORIOS:

- Introducir droga en una prisión.
- Introducir droga en un centro de desintoxicación.
- Que introduzca droga un funcionario de prisión.
- Que introduzca droga un profesor.
- Que introduzca droga un médico, enfermera...
- Blanqueo de dinero de drogas.

BLANQUEO DE DINERO

Se le llama blanqueo de capitales y se considera receptación. RECEPTACIÓN: Yo te doy un Rolex a cambio de dos papelinas. Está penado. Mallorca es un sitio de blanqueo de capitales. Las tiendas estas que reforman para abrir algo nuevo, y luego no llegan a abrir son tapaderas de blanqueo de capitales.

PRECURSORES

Se incluyen los precursores. Antes se podían vender precursores sin límite, ahora ya no. Si pillan a una persona con mayor cantidad de precursores que la necesaria para uso doméstico, calculan la cantidad y el valor de la droga que podrían fabricar y así pueden penarle.

Hay un porcentaje pequeño de gente cumpliendo en centros porque los jueces no se fían de los centros terapéuticos porque no son igual que las cárceles.

Ley orgánica 10/1995 de 23

Noviembre del C.Penal

Ley orgánica 12/95 de 12 Dic.

De represión del contrabando.

Real decreto 925/1995 de 9 de

Junio por el que se aprueba el

DR OGAS Represión Reglamento de la Ley 9/1993

NORMATIVA Del tráfico De 28 de Dic sobre medidas de

Ilícito de Prevención del blanqueo de

estupefacientes Capitales.

Ley 36/1995 de 11 Dic. Sobre

La creación de un fondo con los

Bienes decomisados por tráfico

De drogas y otros delitos

Relacionados. Se adjudica al

Estado (interior y hacienda).

Resolución del 21 de Marzo de

1995 de la secretaría general

técnica del Ministerio de

asuntos exteriores BOE nº17

44/03/95. Acuerdo de

adhesión de España al convenio

de Schengen del 19 de Enero 90.

EN PRISIÓN: En el momento en que un drogodependiente entra preso, todo es mucho más difícil.

ART.177 Salidas para recibir

tratamiento en programas

especializados (acreditados).

ARTS 155.4 Y 155.5 Permisos

REGLAMENTO extraordinarios para consulta

PENITENCIARIO ambulatoria e ingreso hospitalario

DROGAS. REAL

DECRETO 190/1996

ARTS 84,85 Y 86. Modalidades

de vida en régimen abierto.

ART 181. Internamiento en centro

de deshabituación.

ARTÍCULOS 155.4 Y 155.5: PERMISOS EXTRAORDINARIOS PARA CONSULTA AMBULATORIA E INGRESO HOSPITALARIO.

- Informe médico.
- Estar clasificado en segundo o tercer grado
- Hasta doce horas de duración para consulta ambulatoria y hasta dos días de duración para ingreso hospitalario.
- Cuando el ingreso hospitalario requiera un tiempo superior, se necesita la autorización del juez de vigilancia penitenciaria para internos de segundo grado y del centro directivo para internos de tercer grado.

- Se pueden aplicar medidas de seguridad. En general, a los internos de tercer grado no se les somete a control ni custodia. Tampoco se hace en el caso de internos de segundo grado que disfruten habitualmente de permisos ordinarios de salida.

Estar clasificado en segundo grado.

Presentar un perfil de baja

peligrosidad y no ofrecer riesgos

de quebrantamiento de condena.

Planificación conjunta de la medida,

entre interno y junta de tratamiento.

Contar con el consentimiento del

REGLAMENTO interesado y con su compromiso

PENITENCIARIO formal de respetar el régimen de

Y DROGAS (117) vida del centro, así como de las

medidas de seguimiento y control

que establezca el programa, que no

pueden ser policiales.

La duración de la salida no puede

exceder de ocho horas diarias.

La salida debe ser autorizada por

el juez de Vigilancia Penitenciaria.

En caso de que sean salidas puntuales

corresponde al centro directivo.

Estar clasificado

en tercer grado

Programa de deshabitación

aprobado por el centro de

acogida con el compromiso

ARTÍCULO 181 expreso de admitir interno

INTERNAMIENTO a tratamiento y de comunicar EN CENTRO DE al centro penitenciario todas DESHABITUACIÓN las incidencias que surjan en proceso terapéutico.

Autorización del Consentimiento y compromiso centro directivo. La del interno para observar el autorización está régimen de vida del centro sometida a las de tratamiento.

siguientes condiciones:

Programa de seguimiento del interno, aprobado conjuntamente por el centro penitenciario y el centro de tratamiento.

TEMA 6: EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DROGODEPENDENCIAS

¿CÓMO OBTENEMOS LOS DATOS?

Los datos de la Población General los obtenemos mediante Encuestas en la población escolar, trabajadora, y en los domicilios.

Los datos de la Población Clínica se obtienen realizando Encuestas en centros clínicos o en centros donde haya población marginal.

También podemos extraer datos importantes de las Estadísticas : Policial (alijos), Judicial (personas en prisión por delitos cometidos bajo efectos de alguna droga), Locales nocturnos (nº de botellas vendidas), Agricultura (puede orientarnos sobre el tabaco), Urgencias hospitalarias (nº de sobredosis), niños que nacen con síndromes, S.I.D.A., Hepatitis...

Con esto tendríamos una aproximación de lo que se consume en nuestro país.

¿QUIÉN LO CONTROLA?: El Plan Nacional sobre Drogas. Han creado el Observatorio Español de la droga y es el portavoz del Observatorio de la droga Europeo. También tenemos la O.M.S., O.N.U. y grupos de trabajo, como el Pompidú, especializado en la mujer. Están todos conectados entre sí, en pirámide acabando en el Observatorio Europeo de la Droga.

PLAN NACIONAL DE DROGAS: Ubicado en Madrid, en el Ministerio del interior. Hace encuestas cada año, en colegios y domicilios sobretodo. También recoge datos a través del SEIT de cada comunidad. Cada

centro de la comunidad autónoma rellena un SEIT (sistema español de información de toxicómanos) por cada drogodependiente.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA:

- **INCIDENCIA:** Nuevos casos que aparecen en un período dado de tiempo en una población. Se expresa en forma de tasa. Requiere estudios de seguimiento y estudios etiológicos (análisis de causalidad).
- **PREVALENCIA:** Número total de casos que existe en una población en un momento dado (prevalencia puntual) o que ha existido en un período dado (prevalencia de período) sin distinción de casos nuevos o antiguos. Se puede obtener con estudios transversales o de corte.

INCIDENCIA

Entran nuevos

PREVALENCIA

Los que hay

RECUPERACIÓN

MUERTE

$PREVALENCIA = INCIDENCIA * DURACIÓN MEDIA DE LA CONDICIÓN$

EPIDEMIOLOGÍA: Sistema estatal de información de toxicomanías (SEIT). **CARACTERÍSTICAS:**

- Conjunto mínimo de datos básicos:
 - ◆ Difícil de gestionar.
 - ◆ Poco análisis.
 - ◆ A nivel estatal es suficiente.
 - ◆ Completar con encuestas.
- Datos de rasgos de fuentes independientes.
- Relativamente homogéneo en todo el estado.
- Definiciones comunes.
- Núcleo de variables comunes.
 - ◆ Buena base para iniciar la homogeneización en la Unión Europea.
 - ◆ Principal fuente de información sobre la evolución de problemas por opiáceos o cocaína.
 - ◆ Aporta información sobre:
- Características de los consumidores.
- Patrones de consumo.
- Problemas relacionados con el consumo.
- Está sometido a controles rutinarios de calidad.

LO QUE PRETENDE ES:

- ◆ Estimar:

- ◊ Tendencias de problemas importantes en cuanto al uso de drogas.
- ◊ Tendencias de prevalencia de uso problemático de la heroína y opiáceos. Difícil para cocaína y otras drogas.
- ◊ Tendencias de características sociodemográficas y patrones de consumo relevantes de consumidores de heroína y opiáceos. Difícil para cocaína y otras drogas.
- ◊ Proporcionar información para diseñar y evaluar políticas y programas de reducción de problemas asociados al consumo.
- ◊ Proporcionar información para realizar estimaciones de la prevalencia de consumo de algunas drogas, como heroína.
- ◊ Sirve de fuente de hipótesis y base muestral para nuevos estudios (sistemas de información ante investigaciones ad hoc).

INDICADORES DIRECTOS UTILIZADOS EN EL SEIT:

- Indicador de admisiones o tratamiento.
- Indicador Urgencias.
- Indicador mortalidad.

FLUJOS DE INFORMACIÓN EN EL SEIT:

Servicios de Servicios de Médicos Instituto

tratamiento urgencias forenses nacional

toxicología

Sistemas autonómicos de Información

sobre toxicomanías (SAIT)

Unidad central Unidad de asesoramiento

epidemiológico.

PUNTOS FUNDAMENTALES EN EPIDEMIOLOGÍA:

- Poder Saber si estamos siendo efectivos, saber como funcionan los recursos.
- Los estudios deben ser compatibles entre sí. Sistema ágil.
- Utilizan las encuestas como instrumento principal.
- Evaluar la prevalencia de pautas más graves y menos comunes.
- Importancia a la prevalencia en el tiempo. Repetición de estudios.
- Otros datos como relación entre droga= tratamiento... (mortalidad, demanda, requisitos...)
- Posibilidades complementarias (urgencias, sobredosis, enfermedades infecciosas como SIDA y hepatitis, casos de enjuiciamiento penal, detenciones...

¿QUÉ COSAS NOS INTERESA SABER?

- Incidencias: Prevalencia. Características de los afectados. Métodos de consumo. Diferencias geográficas. Grupos sociales. Tendencias a través del tiempo. Nuevas pautas de consumo.
- Consecuencias: Problemas relacionados. Al inyectarse, fumar...
- Pautas de suministro y disponibilidad: de las diferentes drogas y cambios producidos en las mismas.
- Factores de riesgo individuales, sociales y culturales. Procesos que intervienen en, por ejemplo, el

- inicio, mantenimiento, compartir jeringuillas, buscar tratamiento...
- Relaciones entre disponibilidad de las drogas y consumo.
- Explicar cambios que se producen a lo largo del tiempo o diferencias entre países en prevalencia, consecuencias, problemas...
- Impacto y relación: Cuánto nos cuesta la droga.

¿QUÉ CONSUMEN LOS JÓVENES ?

Alcohol y tabaco son las drogas que más utilizamos o tomamos. Ahora tenemos el perfil anglosajón, no buscamos acompañar una tapita. Buscamos el principio activo (emborracharnos). Mucha cantidad en muy poco tiempo. Destilados sobretodo. Se consume especialmente los fines de semana y no tiene porque ser en privado. Consumimos en mitad de la calle. El consumo en personas muy jóvenes suele ser esporádico.

El tipo de joven normal, suele consumir de una manera ligada al ocio, y tiene muy poca conciencia del riesgo y una gran condescendencia de los adultos.

El consumo de heroína ha bajado mucho sobretodo por la vía de administración, por miedo a las infecciones.

TEMA 8: PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Tenemos dos grandes líneas:

- Reducción de la oferta: Medidas para paliar la pobreza en los países productores.
- Reducción de la demanda: Procurar que la gente no se implique y no avance en el consumo. Ayudar a la gente que consume a llegar a ser abstinentes o hacer una disminución del consumo de drogas.

Prevención: Para evitar que los usuarios tomen, o aumenten el consumo de drogas, que se contagien con jeringuillas...

A)PREVENCIÓN PRIMARIA: Todo aquello que tiene que ver con evitar que se produzca un consumo. Pero no tenemos porqué limitarnos exclusivamente a zonas de drogas... Hay que hacer objetivos de prevención. Programas Universales: Sería, por ejemplo, montar un programa de prevención para todos los niños de 8 años de un colegio.

B)PREVENCIÓN SECUNDARIA: Programas indicados: El hijo de un toxicómano sería objeto de un programa indicado. Pero también, por ej, un grupo de alumnos con una historia pre-delictiva (aunque no consuman drogas). También se puede hacer un programa indicado con jóvenes que ya consumen tabaco o alcohol.

C)PREVENCIÓN Terciaria: Es para prevenir sobredosis, infecciones o reinfecciones. Sirven de modelo a otros. Se usan Programas selectivos (o seleccionados).

FACTORES DE DESARROLLO TRANSACCIONAL:

1-FACTOR DE RIESGO: CONDICIONES QUE AUMENTAN LA

VULNERABILIDAD.

-ACTÚAN EN DISTINTOS ÁMBITOS:

-Individual.

–Macrocontexto.

–Microcontexto.

–DURACIÓN: La influencia de amigos, profesores...

no es permanente. Por ejemplo, un cambio de colegio es un factor de riesgo.

–TEMPORALIDAD: Algunos factores duran toda la vida y otros son temporales.

–MULTIFACTORIALIDAD: Afectan todos a la vez.

Mis padres se pueden estar divorciando y al mismo tiempo yo me cambio de colegio y la gente del colegio nuevo me rechaza.

2–FACTOR DE PROTECCIÓN: CONDICIONES QUE DISMINUYEN

LA VULNERABILIDAD.

FACTORES DE RIESGO:

- Puede haber factores de riesgo genéticos: madre y/o padre alcohólico/s y/o toxicómano/s.
- También podemos ver respuestas al entorno: Como por ejemplo la impulsividad relacionada con el hecho de consumir sustancias. Ej: Una chica con una personalidad tremendamente ansiosa y tímida. El alcohol le sentará súper– bien, porque la ansiedad y la tinidez bajarán a mínimos. En este caso el nivel de refuerzo de la sustancia es muy elevado. ¿Por qué cuando el heroinómano se pincha, para él es como encontrar el cielo? Porque antes de pincharse es una persona angustiada que sufre mucho.
- Un factor de riesgo aumenta la vulnerabilidad que tenemos a las drogas. Todos somos vulnerables, aunque sobretodo los hombres. Las mujeres lo somos menos.
- Relación con los iguales: El que yo tenga una situación baja dentro de mi grupo es un factor de riesgo, porque si traen unas rayas de coca no tendré tanta facilidad para decir que no, como si tengo una situación elevada dentro del grupo.
- El inicio precoz es un factor de riesgo. Tomarse una copa con 14/15 años es arriesgado porque un chico de esa edad ha tenido pocos estímulos en la vida y el valor reforzador es muy importante, y porque muchas cosas no están formadas aún.

FACTORES DE PROTECCIÓN:

- Vínculo Afectivo con un hermano mayor que le ha supervisado el tiempo libre, escolar... Que, si los padres eran un factor de riesgo, le ha proporcionado el cariño que necesitaba...
- RESILIENCIA: Elemento en una persona que hace, que a pesar de las condiciones desfavorables, esa persona no caiga en una drogodependencia.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN: Deben ser siempre multicomponentes.

FACTORES IMPORTANTES A TENER EN CUENTA:

COMPLEJIDAD DE LAS VARIABLES IMPLICADAS

- Genética
- Edad
- Género: Ser mujer es un factor de protección, hombre uno de riesgo.

INDIVIDUALES -Personalidad: La conducta antisocial

está ligada con conductas impulsivas relacionadas con el consumo de drogas.

- Familia

MICROSOCIALES -Escuela: relación con los iguales

- Grupo de iguales
- Influencias situacionales
- Disponibilidad

MACROSOCIALES -Factores culturales

- Lugar de residencia

Debemos intervenir, además de en familia, escuela e individuo, también en el lugar donde vive. Por ejemplo, controlar la información haciendo un programa de radio.

A nivel familiar:

Cualidad de las Poner límites

Relaciones

Soluciones en las

que hay una

CONTROL relación afectiva

amplia.

Solución de Refuerzo positivo

problemas

Padre e hijo

negocian.

Escuela: Relaciones con los iguales, sentirse querido, aceptado. Éxito escolar: que el chaval tenga éxito aunque sea en un ámbito, que no sienta que fracasa en todo... prefiero irme a los futbolines xq total, en clase no hago nada

Influencias situacionales: Consumir una sustancia solo o acompañado.

Disponibilidad: Que mi vecino sea un camello... Hay que trabajar en ello. ¿Qué hacemos con los hijos de los camellos?.

FACTORES DE PROTECCIÓN:

- Supervisión parental
- Apego parental.
- Educativo: Las notas que saca el niño en Matemáticas. En Matemáticas la gente no suele ser muy útil. Cuando una persona destaca en algo en lo que no destaca nadie, eso hace que sea un asunto de liderazgo. Tiene algo valioso que ofertar y eso es un factor de protección.
- Tener expectativas escolares
- Grupo: Valores convencionales del grupo (que no tenga valores delictivos, pro- consumo...)
- Que esté implicado en conductas prosociales en la comunidad.